

GRANDIR ENSEMBLE EN PAYS DE LA LOIRE

RESEAU D'AVAL DU RESEAU REGIONAL DE SOINS PERINATALS

Promoteurs

Réseau Sécurité Naissance
URML des Pays de la Loire

Dossier d'inclusion du Groupe 1 & Examen neurologique entre 37 et 42 SA

D'après la grille de Claudine Amiel Tison et Julie Gosselin

Comité de Pilotage :

Président : Alain BEUCHER

Secrétaire : Jean-Christophe ROZE

Trésorier : Joël GARCIA

Claude BOUDERLIQUE (Angers), Jean-Pierre BROSSIER (La Roche/Yon), Vincent FLURIN (Le Mans), Jean Luc GASNIER (Les sables d'olonne), Yvette GAUTIER (Nantes), Patrick GERARD (Nantes), Nathalie GODON (Nantes), Christelle MORICE (Laval), Sylvie N'GUYEN THE TICH (Nantes), Pascal PINEAU (Angers), Jacques QUEZEDE (Cholet), Emmanuelle RIGAL (Nantes), Michel RIVERON (Le Mans), Guy SEGUIN (Cholet), Danielle VERNET (Nantes).

Consultantes : Claudine AMIEL TISON (Paris), Julie GOSSELIN (Montréal)

Coordination du réseau : Valérie ROUGER

Tel : 02 40 08 34 89

Email : Valerie.bureau@chu-nantes.fr

Charte patient

Madame, Monsieur,

Votre enfant a été hospitalisé dans le service (de Maternité, de Néonatalogie) et a nécessité des soins. Les médecins vous ont expliqué qu'il serait souhaitable que votre enfant soit suivi en consultation de développement. Les professionnels de la région qui s'occupent des nouveau-nés ont constitué une association de médecins (réseau GRANDIR ENSEMBLE) pour mieux organiser ce suivi. Le formulaire qui vous est remis ce jour a été réalisé dans le but de vous informer et d'obtenir votre accord.

Voici, le suivi proposé :

- Quatre consultations durant la première année, à 3, 6, 9 et 12 mois d'âge corrigé.
- Deux consultations durant la deuxième année (18 mois et 2 ans), dont la dernière inclura un test psychomoteur.
- Une consultation à 3 ans.
- Une consultation à 4 ans.
- Une consultation incluant un test psychomoteur à 5 ans.

Les consultations seront effectuées par le médecin de votre choix, parmi les médecins qui ont adhéré au réseau **GRANDIR ENSEMBLE**, et dont la liste vous est jointe. Ces consultations ne se substituent en aucun cas au suivi habituel avec votre médecin traitant.

Les informations recueillies au cours de ces consultations et ces tests, aideront ce médecin à vous proposer la prise en charge la plus adéquate possible aux problèmes que pourrait rencontrer votre enfant.

Pour assurer la bonne marche de ce suivi, le recours à l'outil informatique est indispensable et donc les données concernant votre enfant seront enregistrées dans un fichier déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Les données concernant votre enfant ne seront utilisées que pour son bien et pour coordonner son suivi. Après anonymisation, ces données seront utilisées dans le cadre de la recherche dans le domaine de la périnatalité et de l'évaluation de la politique de santé périnatale de notre région. A tout moment, vous pouvez avoir accès à ces données.

Par la présente, nous souhaitons recueillir votre avis (rayez la mention inutile) :

- J'accepte ce suivi et m'engage à en suivre les modalités qui viennent de vous être détaillées.
- Je refuse ce suivi.

A tout moment, sur simple déclaration, vous pouvez vous retirer de ce suivi.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez et vous souhaitons un bon retour à domicile.

Le ___/___/____ à _____

Signatures : Père Mère Médecin qui a recueilli l'accord

Nom du médecin : _____

Vous pouvez joindre en cas de difficultés (impossibilité de faire suivre votre enfant par le réseau, déménagement hors région, désir de changer de médecin qui assure le suivi) la coordinatrice du réseau qui trouvera une solution à ces difficultés.

Coordinatrice du réseau : Valérie ROUGER Tel : 02 40 08 34 89
Email : Valerie.bureau@chu-nantes.fr

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Numéro de dossier

Département du lieu d'inclusion / ___ / **N° du lieu** d'inclusion: / ___ / **N° d'inclusion**: / _____ /

Le lieu d'inclusion est le dernier lieu d'hospitalisation (lieu où la charte patient est signé)

Nom de l'enfant : / _____ / **Prénom** : / _____ /

Date Naissance / ___ / ___ / _____ /

Motif d'inclusion dans le réseau d'aval, **GRANDIR ENSEMBLE**.

GRUPE 1

(surveillance 3 - 6 - 9 -12- 18 mois, 2-3-4-5ans)

Prématurité \leq 32SA

Ou Poids \leq 1500 g

Ou Pathologie sévère de la période néonatale

Date Terme / ___ / ___ / 200 ___ /

Date 3 mois corrigé / ___ / ___ / 200 ___ /

Date 6 mois corrigé / ___ / ___ / 200 ___ /

Date 9 mois corrigé / ___ / ___ / 200 ___ /

Date 12 mois corrigé / ___ / ___ / 200 ___ /

Date 18 mois corrigé / ___ / ___ / 200 ___ /

Date 2 ans corrigé / ___ / ___ / 200 ___ /

Date 3 ans d'âge civil / ___ / ___ / 200 ___ /

Date 4 ans d'âge civil / ___ / ___ / 200 ___ /

Date 5 ans d'âge civil / ___ / ___ / 200 ___ /

Médecin du réseau GRANDIR ENSEMBLE qui doit suivre l'enfant: / _____ /

Lieu d'exercice / _____ /

Médecin traitant de l'enfant : / _____ /

Lieu d'exercice / _____ /

Adresse / _____ /

Code postal / _____ / Commune / _____ /

Téléphone / _____ /

Nom de jeune fille de la mère : / _____ / Prénom / _____ /

Nom du père : / _____ / Prénom / _____ /

Adresse des Parents :

/ _____ /

Code postal / _____ / Commune / _____ /

Téléphone fixe : / _____ / Portable : / _____ /

Adresse des Grands-Parents (maternels ou paternels) :

/ _____ /

Code postal / _____ / Commune / _____ /

Téléphone fixe : / _____ /

LIEU D'HOSPITALISATION du service de néonatalogie du plus haut niveau (Ila, I Ib, III)

Niveau Ila (Néonatalogie/Nurserie) I Ib (soins intensifs/intermédiaire) III (réanimation)

En clair : /_____/

TRAITEMENT

Médicaments

Antiépileptique

Doxapram

≥ 2 remplissages vasculaires consécutifs

Inotropes

Indométhacine

Ibuprofen

Antibiothérapie infect. materno-fœtale < 3J

Antibiothérapie infect. materno-fœtale ≥ 3J

Antibiothérapie infect Nosocomiale ≥ 3J

Aminosides

Lasilix

Soins respiratoires

Intubé/ventilé

Surfactant

Durée de Ventilation /_/_/_/ jours

Durée de CPAP nasale /_/_/_/ jours

Durée d'oxygénation > 0.21 en jours (y compris durant VA et y compris jours > 0.40) : /_/_/_/ jours

Durée d'oxygénation > 0.40 en jours (y compris durant VA) : /_/_/_/ jours

Drain pleural

Perfusion/ Alimentation

Durée perfusion : /_/_/_/ jours

Durée KTVO /_/_/_/ jours

Durée Jonathan /_/_/_/ jours

Durée gavage (même partiel) : /_/_/_/ jours

Chirurgie

Ligature canal artériel

Hernie inguinale

Dérivation ventriculo - péritonéale

Autre Chirurgie en clair : _____

RESUME EEG – IMAGERIE

Synthèse EEG /_/_/
01 Tous normaux
02 Altération modérée transitoire
03 Altération modérée persistante
04 Altération sévère transitoire
05 Altération sévère persistante
EEG en clair :

ETF <input type="checkbox"/>	IRM <input type="checkbox"/>	date /_/_/_____/	D	G
HIV I et II			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV III			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV IV / infarctus parenchymateux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventriculomégalie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LPV non cavitaire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LPV cavitaire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lésions noyaux gris centraux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres en clair :				

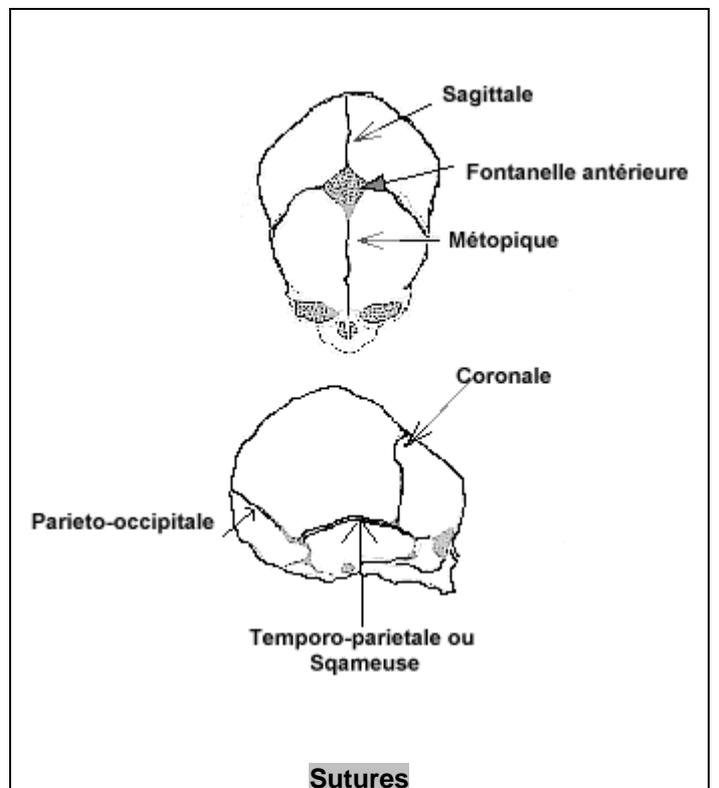
RETOUR A DOMICILE

Lieu de la dernière hospitalisation (si différent)

en clair : /_____/

Date de retour a domicile : /_/_/_____/

SYNTHESE EN CLAIR DE(S) HOSPITALISATION (S)



EXAMEN AUTOUR DU TERME (Age corrigé entre 37 et 42 SA)

Date / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

Age corrigé (âge post natal en semaines + AG) : / __ / __ / __ / SA

PC : / __ / cm	+ 2 DS	0 > 2 DS	2 < 2 DS	2	Discordance PC/Taille
Taille : / __ / cm	+ 2 DS	0 > 2 DS	2 < 2 DS	2	PC concordant <input type="checkbox"/>
Poids : / __ . / __ / kg	+ 2 DS	0 > 2 DS	2 < 2 DS	2	PC déficitaire <input type="checkbox"/>

Interrogatoire

Mode de vie : Allaitement Maternel exclusif

Pathologie observée au moment de l'examen :

Maladie pulmonaire chronique O2 en continu O2 la nuit Corticothérapie Beta plus

Troubles digestifs chroniques Gastrostomie Gavage nocturne

Oto-émissions

Non faites Faites le / __ / __ / __ / __ / Réponse : Présente Absente A Re-contrôler

Observation

Réponse à la voix	Facile à obtenir	0
	Difficile à obtenir	1
	Absente	2

Interaction sociale	Facile, spontanée	0
	Pauvre, difficile à obtenir	1
	Absente	2

Excitabilité	Consolable, sommeil normal	0
	Pleurs excessifs, sommeil anormal	1
	Sursauts, trémulations, clonies	2

Pleurs	Tonalité Nle, faciles à calmer	0
	Tonalité anormale, monotones	1
	Absents	2

Convulsions	Absentes	0
	Crises focales et/ou bien contrôlées	1
	crises sévères, prologées ou répétées	2

Activité Motrice	Variée, harmonieuse	0
	Pauvre, stéréotypée	1
Spontanée	Absente ou presque	2
	Asymétrie :coté patho	D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
Abduction spontanée du Pouce	Pouce actif	0
	Pouce inactif	2
	Pouce fixé en adduct.	2
	Asymétrie :coté patho	D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>

Fixation et poursuite visuelles	
Faciles à obtenir 4 fois	0
Difficiles à obtenir	1
Absentes	2

Signes oculaires	Absents	0
	Présents, en clair :	2

Circonstances défavorables lors de l'observation non oui préciser:

Autonomie alimentaire

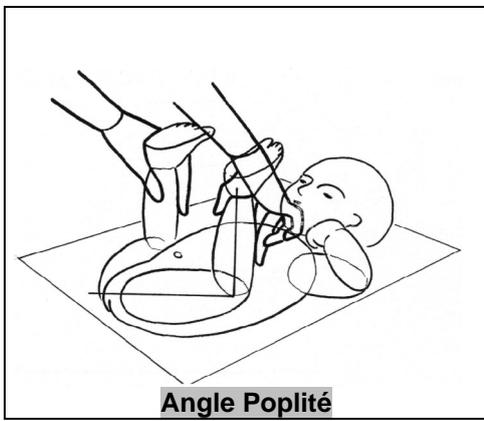
Nouveau-né à terme	Immédiate, facile	0	Ancien prématuré à l'approche du terme	Présente, facile	0
	Incomplète	1		Incomplète	1
	Absente jusqu'à J7	2		Absente	2

Examen

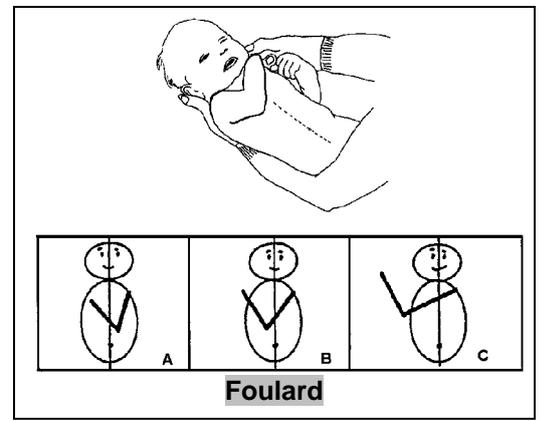
Examen du Crâne		
Fontanelle ant.	Ouverte	O
	Tendue	X
Sutures		
0 : Bord à bord	Squameuse	/ __ /
X : chevauchement	Métopique	/ __ /
	Coronale	/ __ /
	Sagittale	/ __ /
	Occipitale	/ __ /

Forme du crâne	Normale	0
	Déformation	X
Préciser :		

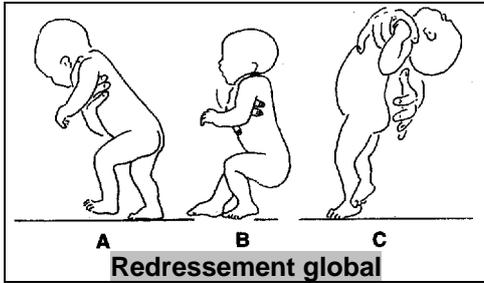
Palais et langue		
Palais	Aspect plat	0
	Aspect ogival	2
Fasciculations langue	Absentes	0
Périphériques, au repos.	Présentes	2



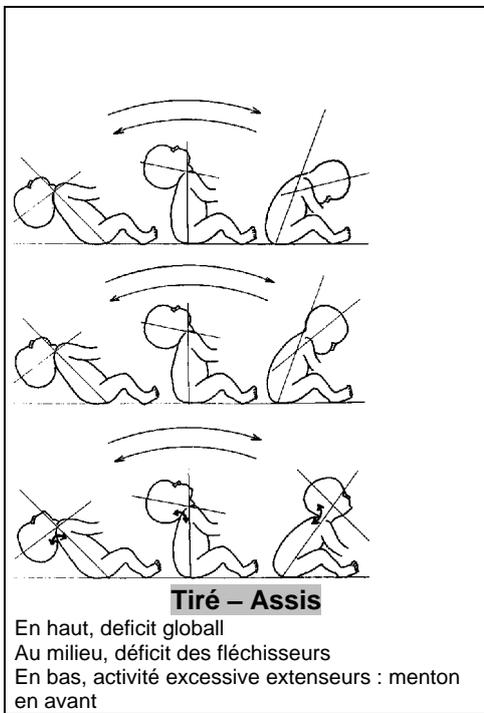
Angle Poplité



Foulard

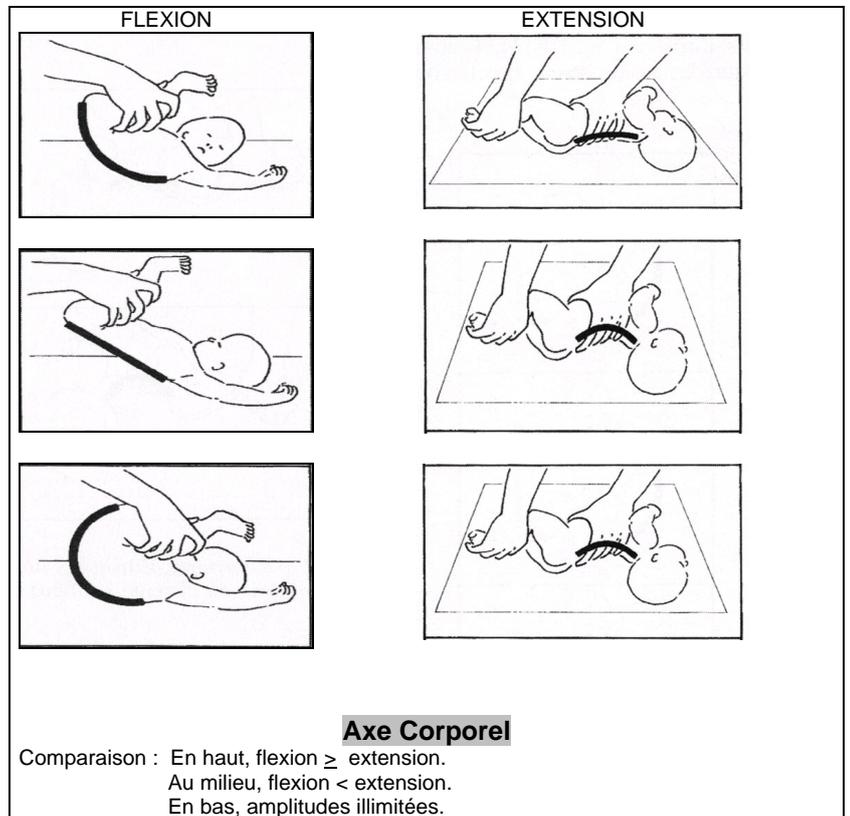


Redressement global



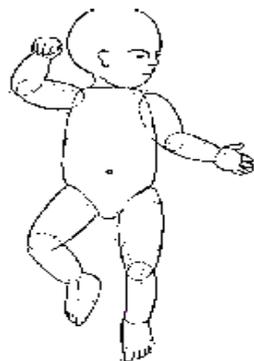
Tiré – Assis

En haut, déficit global
 Au milieu, déficit des fléchisseurs
 En bas, activité excessive extenseurs : menton en avant



Axe Corporel

Comparaison : En haut, flexion \geq extension.
 Au milieu, flexion $<$ extension.
 En bas, amplitudes illimitées.



Réflexe tonique asymétrique du cou

Tonus musculaire passif des membres supérieurs

Retour en flexion	D	G
Vif, reproductible	0	0
Lent, épuisable	1	1
Absent	2	2

Foulard	D	G
Ne dépasse pas la ligne médiane (A)	0	0
Dépasse la ligne médiane (B)	1	1
Aucune résistance (C)	2	2

Tonus musculaire passif des membres inférieurs *ne pas coder en cas de présentation de siège*

Retour en flexion	D	G
Vif, reproductible	0	0
Lent, épuisable	1	1
Absent	2	2

Angle poplité	D	G
Valeur de l'angle 70 à 90	0	0
/___/ 100 à 120	1	1
130 ou plus	2	2

Asymétrie droite-gauche		
Absent		0
Droit plus relâché		X
Gauche plus relâché		X

Axe corporel

Incurvation ventrale (flexion)		
Modérée ou facile		0
Absente ou minimale		1
Illimitée		2

Incurvation dorsale (extension)		
Absente à modérée		1
Opisthotonos		2

Comparaison des incurvations		
Flexion ≥ extension		0
Flexion < extension		1
Flexion et extension illimitée		2

Activité motrice axiale

Redressement global (membres inférieurs + tronc)		
Présent, complet ou non		0
Excessif, trop en arrière		1
Absent		2

Tiré-assis => tête vers avant		
Facile dans l'axe		0
Contraction muscle mais sans passage		1
Muscl. fléchisseurs cou Pas de réponse		2

Tiré-assis => tête vers l'arrière		
Facile dans l'axe		0
Réponse brusque, excessive		1
Muscl. extenseurs du cou Pas de réponse		2

Réflexes primaires

Succion non nutrit.	Présente, mvts rythmiques, efficace	0
	Insuffisante, peu de mvts, inefficace	1
	Absente, pas de mvts	2
Moro*	Présent	0
	Incomplet	1
	Absent	2
	Asymétrique, côté pathologique D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	
Réflexe tonique asymétrique du cou	Présent, évident	X
	Absent	X
Asymétrie D-G	Indiquer le côté déficitaire : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	

Agrippement	Présent	0
	Faible, de courte durée	1
	Absent	2
Marche automatique	Présente	0
	Difficile à obtenir ou absente	X

*ne le rechercher que si les autres réflexes primaires sont absents ou asymétriques.

Tolérance aux manipulations

Stabilité		
Excellente		0
Déstabilisation modérée		1
Déstabilisation sévère		2

Synthèse Nné à terme

Absence de tout signe Neurologique	<input type="checkbox"/>
Degré mineur, sans dépression SNC	<input type="checkbox"/>
Degré modéré avec dépression SNC	<input type="checkbox"/>
Degré sévère avec convulsions répétées	<input type="checkbox"/>
Signes en faveur origine prénatale*	<input type="checkbox"/>

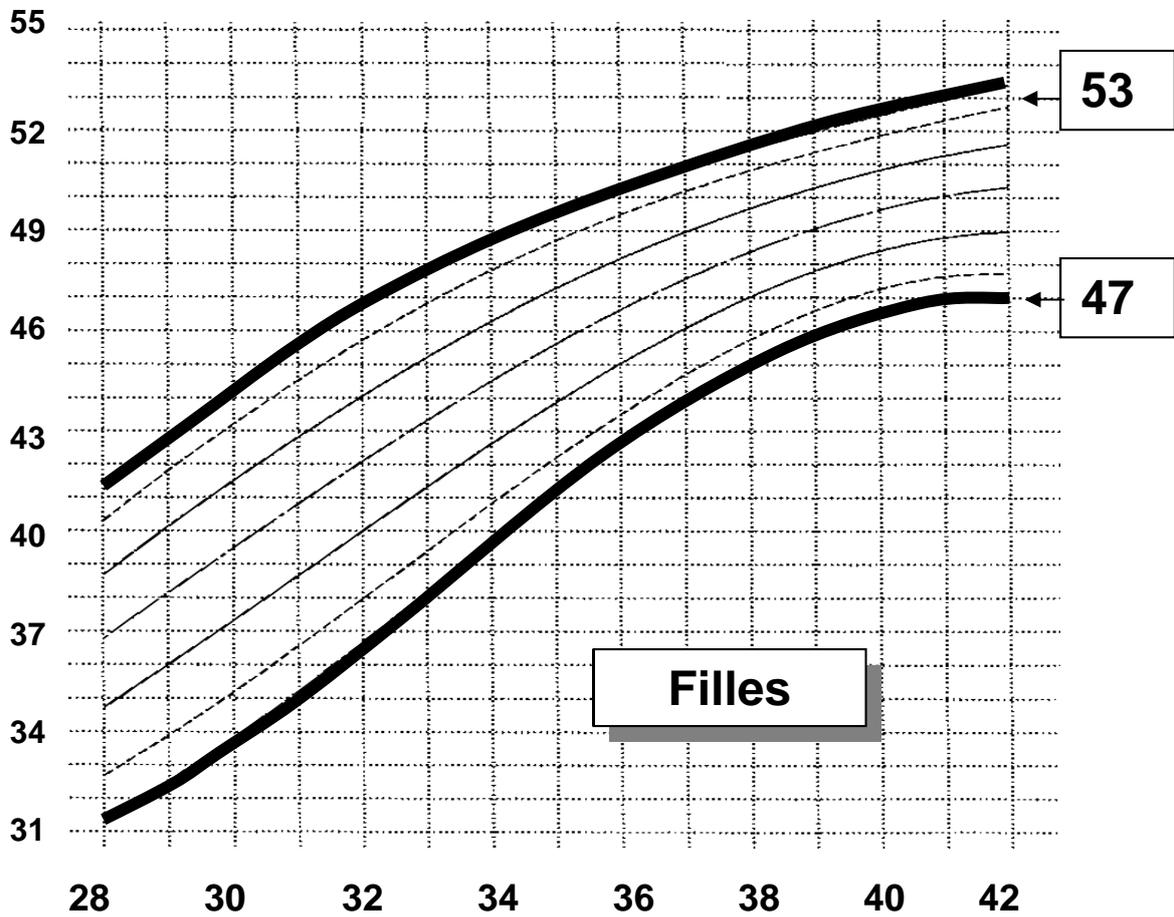
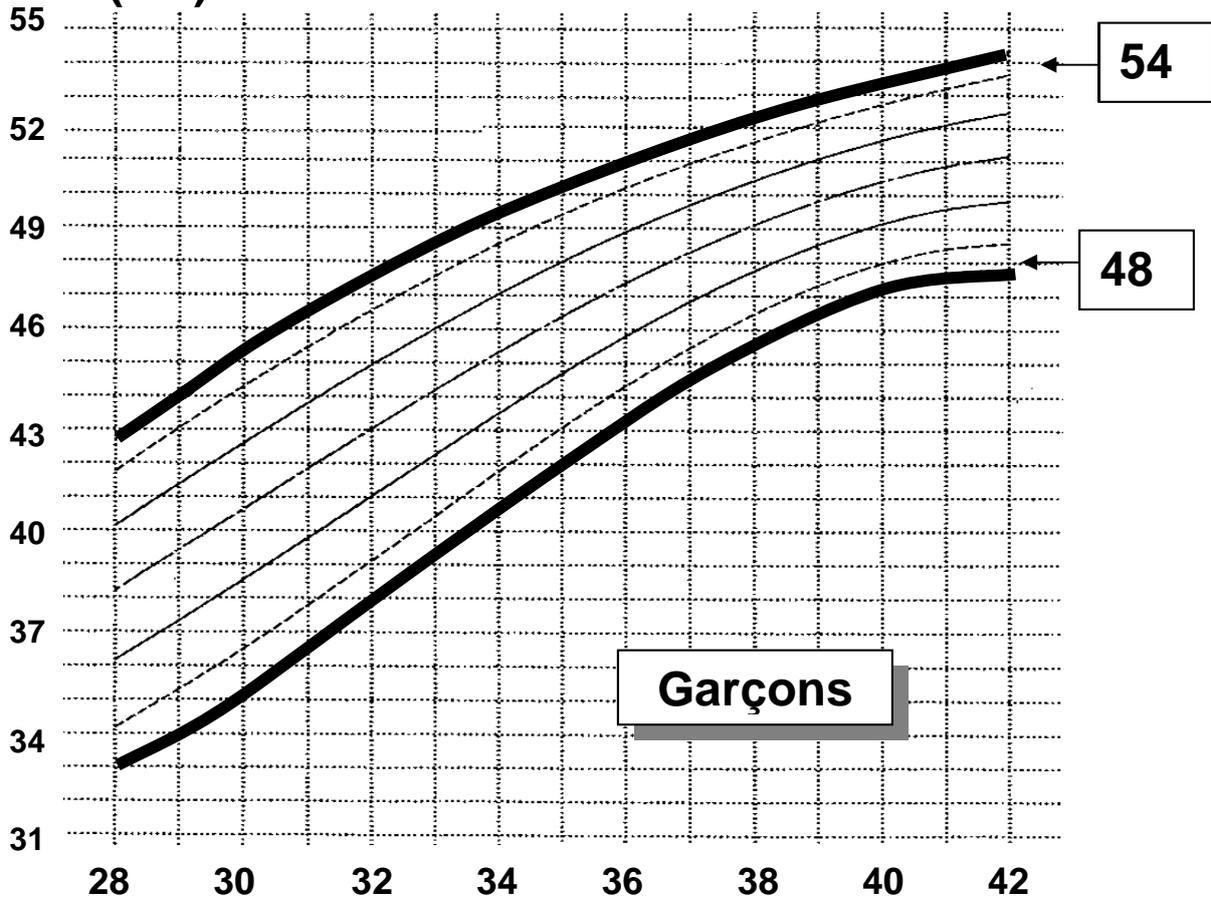
• palais ogival, pouce inactif, chevauchement sutures

Synthèse Prématuré

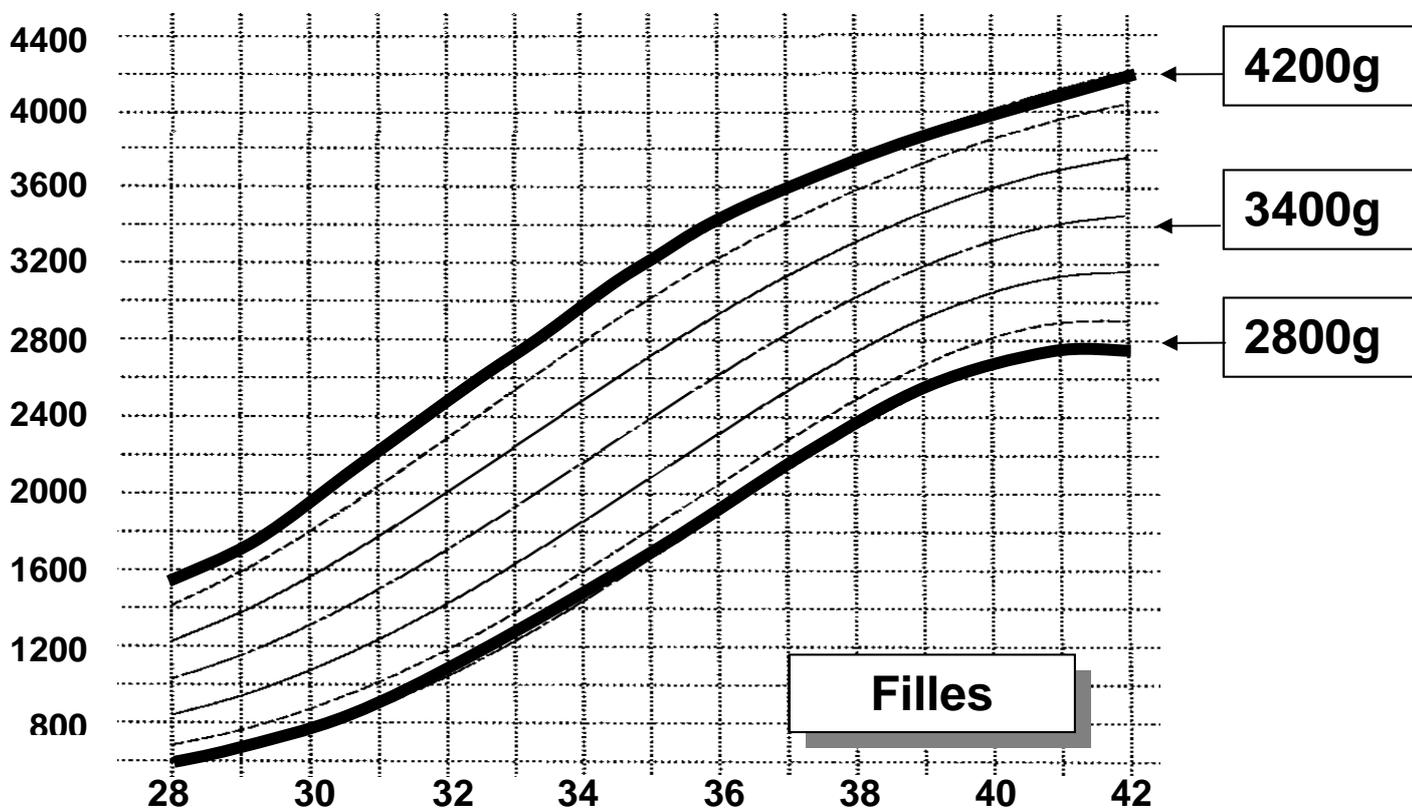
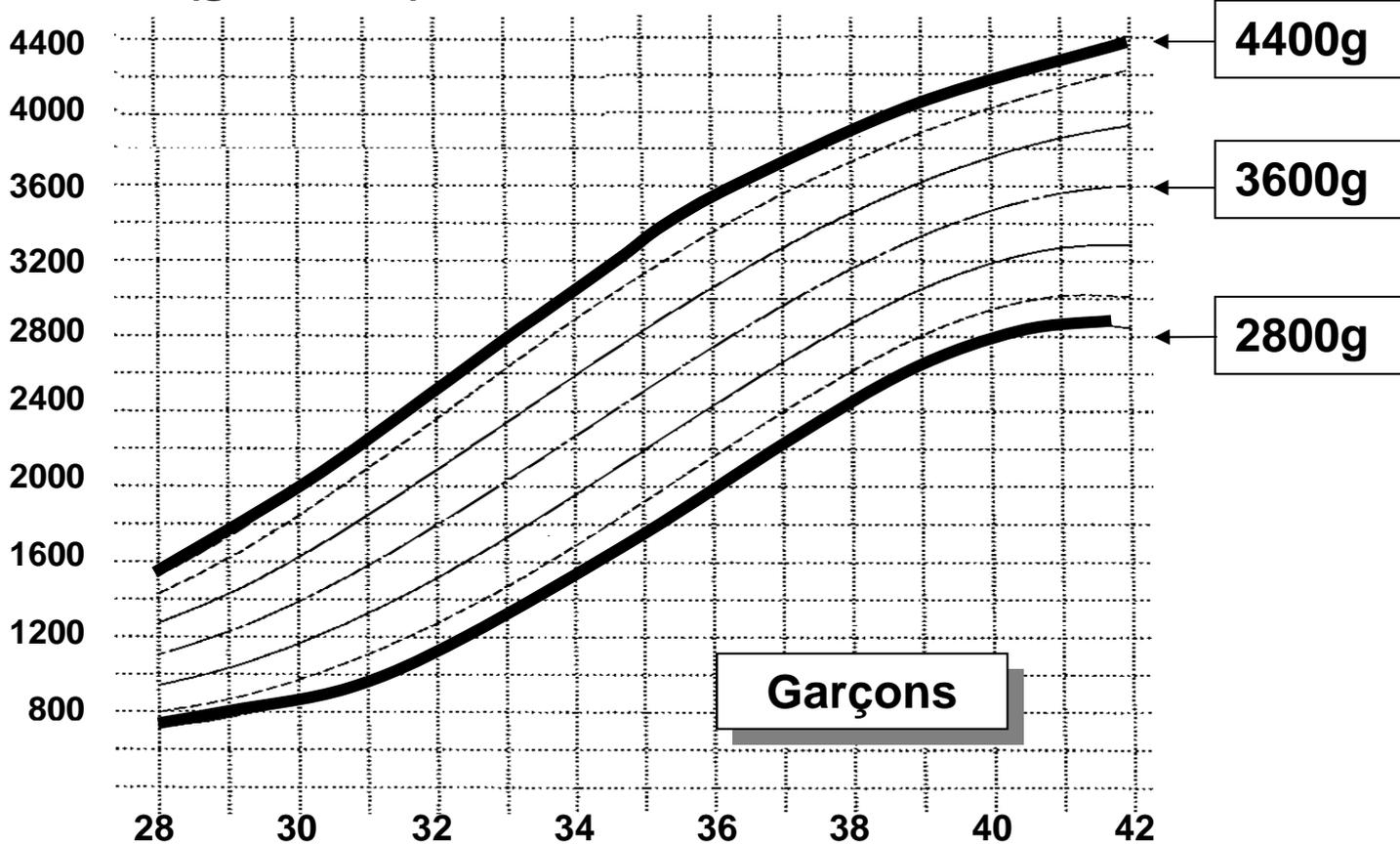
Absence de tout signe Neurologique	<input type="checkbox"/>
Degré mineur à modéré (score 1 pour la plus part des items)	<input type="checkbox"/>
Degré sévère (score 2 pour quelques-uns ou la plus part des items)	<input type="checkbox"/>

Prise en charge: Aucune Kinési Psychomot. Psycholog Ophtalmo Audio Autre

Taille (cm)



Poids (grammes)



Courbes françaises de l' A.U.D.I.P.O.G.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.